

本教材得到上海市研究生教育专项经费资助
上海市重点图书

中医诊断学应用与研究

主 编 徐建国
副主编 何建成
编 委 (按姓氏笔画为序)
庄燕鸿 江启中
汤伟昌 许家佗
李果刚 何建成
张志枫 顾亦棣
徐建国 龚其森
雍 丽

上海中医药大学出版社

前 言

中医诊断学是中医基础理论与中医临床之间的桥梁学科,也是中医基础理论在临床学科中的具体应用。历来的中医诊断学教材中理论与临床实践脱节的现象颇为严重,因此中医诊断理论与临床实际的接轨至关重要。此外由于临床学科与科研的不断发展,也对中医诊断学的理论、实践与教学提出了更高的要求,希望让学生能够了解相关的研究进展与科研思路,为此在上海市教委的资助下,受本校研究生院委托,我们回顾多年来本科以及高层次教育如中医专业研究生、中医内科、中医诊断助教进修班等的教学体验,尤其是总结了中医诊断学理论与临床及科研实验相结合进行教学的心得、体会编写了《中医诊断学应用与研究》一书,作为研究生教材。

本教材旨在克服以往中医诊断学理论与临床和科研脱节的现象,力求在内容及编排上有所创新,着重介绍中医诊断学理论在临床中的实际应用,以及本学科的现代研究进展,强化学生的应用能力,开拓视野,启发思路,使学生在一个更深的层次上认识并运用之,为日后临床实践和科研打下基础。全书不仅注重理论上的深度和广度,更注重临床及科研实践的可操作性,以确保其专业性、实用性、先进性。

《中医诊断学应用与研究》分上、下两篇。上篇主要介绍中医诊断理论的基本思维以及传统中医诊法、辨证理论与临床实践的衔接与实际应用。对传统中医诊断理论在应用过程中存在的一些问题作了较为深入的探讨;对中医学的“症”与“证候”的概念、内涵及分析方法作了较深入的阐述;从临床应用的角度,对八纲理论进行了梳理与补充,在此基础上提出并阐述了对八纲理论从其理论框架到八纲间内在联系与运动变化规律的新的认识,充实完善并强化了八纲作为辨证纲领对临床的指导作用;强调在整个四诊、辨证过程中,应用八纲理论对中医“症”与“证”的定位、定性、定势的辨析;最后从临床实际出发介绍了常见证候在各种患者身上的具体表现类型,以便学生认识临床证候的复杂性与多变性。下篇收集了大量的文献资料,主要介绍中医舌诊、望诊、脉诊以及常见证候的研究进展。尤其对一些中医常见证候,从诊断标准、动物模型的制备、有关现代研究等方面进行了总结、归纳,也对当前中医证候研究的一些方法诸如文献研究、临床流行病学调查/DME方法、临床半定量诊断方法、数理统计方法、模糊数学方法、计算机智能方法、动物模型实验研究、分子生物学技术等在中医学中的应用,进行了简单的分析和概述,以便学生及时了解本学科的科研方法与进展。

本教材上篇由徐建国教授负责,其中第一章、第二章、第三章、第四章、第五章、第六章以及第七章中的脏腑辨证与脏腑病证,心系、脾系、肝系病证,脏腑兼证部分由徐建国教授撰写;第七章的肺系病证部分由庄燕鸿副教授撰写,肾系病证部分由雍丽副教授撰写。下篇由何建成教授负责,其中第八章由许家佗副教授、顾亦棣副教授撰写;第九章由雍丽副教授撰写;第十章由江启中研究员、汤伟昌研究员撰写;第十一章由何建成教授、龚其森博士撰写;

第十二章由张志枫副教授、何建成教授、龚其森博士撰写;第十三章中的心、肺、肝、肾病证候研究部分由何建成教授撰写,脾病证候研究部分由何建成教授、张志枫副教授、李果刚副教授撰写。全书最后由主编徐建国教授审阅、定稿。

随着现代科学的快速发展,中医学的不断进步,中医药高等教育教材质量的不断的锤炼和提高是时代的要求,也是中医教育工作者永恒的命题。由于作者水平有限,本教材疏漏之处在所难免,敬请海内外同道不吝指正,以利修订。

编 者

2006 年 8 月

目 录

上 篇

第一章 中医诊断基本思维	1
一、诊断、诊断纲领与基本思维	1
(一) 四诊与辨证、辨病	1
(二) 辨证与辨病	2
(三) 中医诊断纲领与基本思维	3
二、中医诊断的定位、定性与定势	4
(一) 中医诊断中的定位概念、病位的表述及定位方法	4
(二) 中医诊断中的定性概念、病性分类及定性方法	6
(三) 中医诊断中的定势概念及病势的判断	9
第二章 中医学的症	15
一、中医“症”的概念及意义	15
二、中医“症”的层次与分类	15
(一) 中医“症”的层次	15
(二) 中医“症”的分类	16
三、中医“症”表现的基本规律	18
(一) 症的角色	18
(二) 症与症之间的关系	20
四、分析中医“症”的基本方法	21
(一) 分析中医“症”的原则与方法	21
(二) 主症与兼症的分析	22
(三) 证候定性的基本指标	23
(四) 脏腑定位的基本症状、体征	25
第三章 常见症的定位、定性、定势分析	28
一、面色	28
(一) 面色异常的定位、定性分析	28
(二) 从面部色泽变化分析病势	29
二、形体、姿态	30
(一) 形体异常的定位、定性、定势分析	30
(二) 姿态异常的定位、定性、定势分析	30
三、声音	31

(一) 声音异常的定位意义	31
(二) 声音异常的定位、定性分析	31
四、自觉症状	32
(一) 寒热	32
(二) 汗出异常	33
(三) 出血	33
(四) 疼痛	33
(五) 精神情志异常	34
(六) 睡眠异常	34
(七) 头部不适	34
(八) 胸腹不适	35
(九) 饮食口味异常	35
(十) 二便异常	36
第四章 证与辨证	41
一、辨证的形成与发展	41
二、中医学的证	42
(一) 中医证的概念之由来	42
(二) 中医证的概念之实质与证的构成	42
(三) 中医证的理论内涵	43
(四) 中医证的特点	45
三、证的命名与分类	47
(一) 证的命名	47
(二) 中医证的分类与层次	48
四、中医证的表现形式	50
(一) 证的临床类型	50
(二) 证的典型与非典型	51
(三) 证的复合与夹杂	52
(四) 证的真假	52
五、辨证过程中的基本环节	53
(一) 辨病因	53
(二) 辨病位	54
(三) 辨病性	54
(四) 辨病机	54
(五) 辨病势	54
(六) 确定证名	55
六、证的辨析与鉴别	55
(一) 本证辨析	55
(二) 类证鉴别	57

七、宏观辨证与微观辨证	58
(一) 宏观辨证	58
(二) 微观辨证	58
(三) 微观辨证与宏观辨证的结合	59
第五章 八纲理论及八纲综合辨证——八纲理论的再认识及其临床应用	61
一、八纲理论的框架及基本内容	61
(一) 八纲的基本概念	61
(二) 八纲理论的框架及基本内容	61
(三) 八纲之间的内在联系和运动变化规律	69
二、八纲综合辨证	76
(一) 八纲综合辨证概念的提出	76
(二) 八纲综合辨证的常见证候及临证应用	77
第六章 常见气血病证及其临床类型的辨析与临证应用	88
一、气血辨证与气血病证	88
二、气病证候及其临床类型的辨析与临证应用	88
(一) 气虚证	88
(二) 气陷证	90
(三) 气滞证	91
(四) 气逆证	93
三、血病证候及其临床类型的辨析与临证应用	95
(一) 血虚证	95
(二) 血瘀证	97
第七章 常见脏腑病证及其临床类型的辨析与临证应用	100
一、脏腑辨证与脏腑病证	100
二、心与小肠病证及其临床类型的辨析与临证应用	101
(一) 心气虚证	101
(二) 心阳虚证	102
(三) 心阳暴脱证	102
(四) 心阴虚证	104
(五) 心血虚证	104
(六) 心火亢盛证	105
(七) 痰火扰神证	106
(八) 痰迷心窍证	107
(九) 心脉痹阻证	108
(十) 小肠实热证	110
三、肺与大肠病证及其临床类型的辨析与临证应用	110
(一) 肺气虚证	111
(二) 肺阴虚证	112

(三) 风寒束肺证·····	113
(四) 风热犯肺证·····	114
(五) 燥邪犯肺证·····	115
(六) 痰热壅肺证·····	116
(七) 寒痰阻肺证·····	117
(八) 大肠液亏证·····	118
(九) 肠虚滑泻证·····	118
(十) 大肠湿热证·····	119
四、脾与胃病证及其临床类型的辨析与临证应用·····	120
(一) 脾气虚证·····	120
(二) 脾阳虚证·····	121
(三) 中气下陷证·····	122
(四) 脾不统血证·····	123
(五) 寒湿困脾证·····	125
(六) 湿热蕴脾证·····	126
(七) 胃阴虚证·····	127
(八) 食滞胃脘证·····	128
(九) 胃热证·····	128
(十) 胃寒证·····	129
五、肝与胆病证及其临床类型的辨析与临证应用·····	130
(一) 肝血虚证·····	130
(二) 肝阴虚证·····	131
(三) 肝气郁结证·····	132
(四) 肝火上升证·····	133
(五) 肝胆湿热证·····	135
(六) 寒凝肝脉证·····	136
(七) 肝阳上亢证·····	137
(八) 肝风内动证·····	138
(九) 胆郁痰扰证·····	141
六、肾与膀胱病证及其临床类型的辨析与临证应用·····	141
(一) 肾阳虚证·····	142
(二) 肾阴虚证·····	143
(三) 肾精不足证·····	145
(四) 肾气不固证·····	146
(五) 膀胱湿热证·····	148
七、脏腑兼病证候及其临床类型的辨析与临证应用·····	148
(一) 心肺气虚证·····	149
(二) 脾肺气虚证·····	149

(三) 肺肾气虚证·····	150
(四) 心肝血虚证·····	152
(五) 心脾两虚证·····	153
(六) 心肾不交证·····	154
(七) 肝肾阴虚证·····	155
(八) 肺肾阴虚证·····	157
(九) 脾肾阳虚证·····	158
(十) 心肾阳虚证·····	159
(十一) 肝火犯肺证·····	160
(十二) 肝胃不和证·····	161
(十三) 肝郁脾虚证·····	162

下 篇

第八章 舌诊、望诊及其现代研究 ·····	164
一、舌诊机理的研究 ·····	164
(一) 舌象组织形态学的现代研究·····	164
(二) 正常舌象形成机理的现代认识·····	165
(三) 部分病理舌象形成机理的现代认识·····	165
二、舌象分析要点与意义 ·····	169
(一) 舌质与舌苔的综合分析·····	169
(二) 望舌的临床意义·····	170
三、舌诊研究方法的研究进展 ·····	171
(一) 舌诊的中医研究·····	172
(二) 舌诊的中西医结合研究·····	172
(三) 舌诊的现代学科综合研究·····	174
(四) 舌诊研究的现状与展望·····	176
四、舌象变化的临床观察研究 ·····	178
(一) 舌诊在心血管疾病诊治中的应用·····	179
(二) 舌诊在脾胃病诊治中的应用·····	179
(三) 舌诊在肝胆疾病诊治中的应用·····	180
(四) 舌诊在肺系疾病诊治中的应用·····	180
(五) 舌诊在肾脏疾病诊治中的应用·····	181
(六) 舌诊在内分泌异常诊治中的应用·····	181
(七) 舌诊在神经系统疾病诊治中的应用·····	181
(八) 舌诊在肿瘤诊疗中的应用·····	182
(九) 舌诊在妇科诊疗中的应用·····	183
(十) 舌诊在抑郁症中的应用·····	183
五、中医其他望诊研究进展 ·····	184

(一) 色诊·····	184
(二) 耳诊·····	186
(三) 人中诊·····	187
(四) 发诊·····	187
(五) 目诊·····	188
(六) 望腭黏膜·····	188
(七) 指甲诊·····	188
第九章 脉诊研究进展·····	191
一、脉诊的意义及研究现状·····	191
(一) 脉诊的意义·····	191
(二) 脉诊研究的现状·····	192
二、脉象形成的机理·····	192
(一) 中医对脉象产生的认识·····	192
(二) 桡动脉脉搏波的形成·····	194
三、脉象的客观化研究·····	195
(一) 脉象信息的认识与分析·····	195
(二) 脉象信息的客观化·····	197
(三) 脉象图形的可视化·····	205
四、脉象的实验研究·····	206
(一) 脉象模拟研究·····	206
(二) 动物实验研究·····	206
五、脉象的临床研究及应用·····	207
(一) 生理因素对脉象影响的研究·····	207
(二) 药物因素对脉象影响的研究·····	208
(三) 临床应用研究·····	209
第十章 中医诊法客观检测及其仪器应用·····	211
一、色诊的客观检测方法·····	211
(一) 色诊客观化的提出·····	211
(二) 色诊客观化的原理·····	211
(三) 色诊客观检测方法·····	213
二、舌诊的客观检测方法·····	214
(一) 舌诊客观化的提出·····	214
(二) 舌色(苔色)的客观检测方法·····	214
(三) 舌大体形态的客观检测方法·····	216
(四) 舌微细形态的客观检测方法·····	216
三、闻诊(听声音)的客观检测方法·····	217
(一) 闻诊(听声音)的基本物理概念·····	217
(二) 闻诊(听声音)的客观检测方法·····	219

(三) 心音的客观检测方法	220
四、中医脉象的检测方法	220
(一) 脉象检测方法的研究	221
(二) 测力法脉象检测	222
(三) 光电容积法脉象检测	222
(四) 电阻抗式容积法脉象检测	222
(五) 超声多普勒脉象检测法	223
五、脉象检测方法的新进展及检测仪器介绍	223
(一) 双探头脉象检测法	223
(二) 九路脉象检测法	225
(三) 三部六病五路脉象检测	226
(四) 智能(换能器)脉象仪(带计算机的脉象仪)	227
(五) 国外脉象仪介绍	228
(六) 脉象模拟装置	228
六、中医腹力客观检测方法	230
(一) 腹诊特点及腹诊客观化的意义	230
(二) 腹力检测方法	230
第十一章 证候研究的思路与方法	232
一、文献理论研究	232
(一) 证的概念的探讨	233
(二) 证名、证候诊断标准	233
二、证候的现代研究	233
(一) 临床研究中的临床流行病学调查/DME 方法	233
(二) 临床半定量诊断方法	234
(三) 数理统计方法	234
(四) 模糊数学方法	235
(五) 计算智能方法	235
(六) 证候动物模型实验研究	236
(七) 分子生物学技术的应用	237
三、分析与展望	238
第十二章 痰、瘀证的现代研究	239
一、血瘀证的现代研究	239
(一) 血瘀证的诊断标准	239
(二) 血瘀证的动物模型制备	240
(三) 血瘀证的有关现代研究	242
(四) 分析与展望	245
二、痰湿证的现代研究	248
(一) 痰湿证的研究进展	248

(二) 展望·····	250
第十三章 脏腑证候的现代研究·····	252
一、心气虚证研究·····	252
(一) 心气虚证的诊断标准·····	252
(二) 心气虚证动物模型的制备·····	252
(三) 心气虚证的有关现代研究·····	255
(四) 分析与展望·····	261
二、肺气虚证研究·····	264
(一) 肺气虚证的诊断标准·····	264
(二) 肺气虚证动物模型的制备·····	265
(三) 肺气虚证的有关现代研究·····	266
(四) 肺气虚证证候学特点·····	270
(五) 分析与展望·····	270
三、肺阴虚证研究·····	272
(一) 肺阴虚证的诊断标准·····	272
(二) 肺阴虚证动物模型制备·····	272
(三) 肺阴虚证的有关现代研究·····	273
四、脾气虚证研究·····	275
(一) 脾气虚证的诊断标准·····	275
(二) 脾气虚证动物模型的制备·····	276
(三) 脾气虚证的有关现代研究·····	278
(四) 分析与展望·····	288
五、肝阳上亢证研究·····	291
(一) 肝阳上亢证的诊断标准·····	291
(二) 肝阳上亢证动物模型的制备·····	292
(三) 肝阳上亢证的有关现代研究·····	293
(四) 肝阳上亢证的证候学特点·····	302
(五) 分析与展望·····	302
六、肝气郁结证研究·····	304
(一) 肝气郁结证动物模型的制备·····	304
(二) 肝气郁结证的有关现代研究·····	305
七、肝风内动证研究·····	309
八、肝火上炎证研究·····	311
(一) 肝火上炎证辨证标准·····	311
(二) 肝火上炎证的有关现代研究·····	311
九、肝气(阳)虚证研究·····	313
十、肝阴虚证研究·····	314
(一) 肝阴虚证地域分布研究·····	314

(二) 肝阴虚证大鼠模型研究	314
(三) 肝阴虚证的有关现代研究	314
十一、肝血虚证研究	316
十二、肾阳虚证研究	316
(一) 肾阳虚证的诊断标准	316
(二) 肾阳虚证模型制备	317
(三) 肾阳虚证的有关现代研究	317
十三、肾阴虚证研究	325
(一) 肾阴虚证的诊断标准	325
(二) 肾阴虚证模型的制备	326
(三) 肾阴虚证的有关现代研究	326
十四、肾气虚证研究	328
(一) 肾气虚证的诊断标准	328
(二) 肾气虚证的模型制备	328
(三) 肾气虚证的有关现代研究	329
十五、肾精亏虚证研究	330
(一) 肾精亏虚证的流行病学调查研究	330
(二) 肾精亏虚证的模型制备	331

上 篇

第一章 中医诊断基本思维

中医诊治疾病,就是通过四诊收集病情资料,然后进行辨证、辨病,进而在此基础上立法处方用药。审证求因、治病求本,是其最基本的原则。

诊断是治疗用药的前提,中医诊断的整个过程,从开始到结束,都是围绕寻求疾病之“本”这一目的而进行。辨证固然有其纲领,四诊亦并非是盲目的收集、罗列资料,而是有目的地进行。因此,中医诊断自始至终都存在着寻求疾病之“本”,探察、辨清它的方方面面,这样一种基本思维。我们明确并重视中医诊断的基本思维,无疑能使四诊、辨证更系统、精确、有效地进行,从而提高中医学临床诊治水平。

一、诊断、诊断纲领与基本思维

(一) 四诊与辨证、辨病

中医诊断学的学科范围甚为广泛,其中“诊”,即诊察了解,“断”,即分析判断。中医诊断就是运用中医的诊察手段,察看、询问、检查患者,掌握病情资料,从而辨别判断病证。由此可见中医诊断大致分为两个阶段,一是诊察阶段,二是辨证、辨病阶段。前者是收集病情资料的过程,后者则是分析、判断、得出诊断结论的思维过程。

从理论上讲,第一阶段是诊断的初级阶段,其主要任务是通过医生的感官进行四诊(望、闻、问、切),从而了解患者的病史、病情,搜集患者的症状和体征,为辨证、辨病作基础;第二阶段是将诊察所收集到的病情资料,通过抽象的临床思维过程,由表及里,司外揣内,去伪存真,进行分析归纳,辨证辨病。但在临床实践中,两者既有区别又有联系,四诊与辨证、辨病是互相渗透,互相交叉进行的。在四诊阶段,虽然是以搜集资料为主,但实际上是必须一边进行四诊,一边进行辨证、辨病,这时的辨证、辨病,尽管有时是局部的、肤浅的,但它能指出四诊的方向,使四诊得以深化。在辨证、辨病阶段,虽然以分析判断为主,但往往必须同时不断补充进行四诊,这时的四诊尽管有时是补充的、核对的,但它可以防止漏诊、误诊,以使辨证、辨病能够逐步深入,得到准确的结果。事实上也可以说,在进行四诊与辨证、辨病时,两者本身就没有严格的界线,只有同时或交叉进行才能完成中医诊断的整个过程。

例如:患者主症发热,往往首先询问患者发热病程的长短,如发热时间较短,则考虑其多半是属于“外感”。我们询问其是否同时怕冷(恶寒),可以辨别患者是否属于表证,如果恶寒发热同时存在,则表证可以初步确立。此时再询问其恶寒与发热孰轻孰重,可以辨别患者

可能属于表寒证还是表热证,然后再进一步了解其他兼症如出汗、咳嗽咯痰、流涕等以及舌、脉,加以最后确诊。在上述过程中可以发现四诊与辨证是交叉、往复地进行,先根据一些症状、体征,可以作出初步的辨证,然后再进行四诊补充症状、体征,使辨证逐步具体、深化,如此往复,直至得出准确的辨证结果。病情复杂者,有的还须进行证型的鉴别等,则四诊与辨证的往复次数就更多,如此辨证才能由粗浅到精确,分步完成。

(二) 辨证与辨病

“证”是对疾病过程中所处一定阶段的病位、病因病性以及病势等所作的病理概括。“证”的概念包括了对致病因素与机体反应性两方面情况的综合,它是对疾病当前本质,即现阶段的病位、病因病性以及病势等病理要素所作的结论。“辨证”就是分析、辨别病证。它是在中医学理论指导下对病情资料进行分析、综合,判断当前的病位、病因病性以及病势,作出诊断的思维过程。其目的就是为了辨明疾病当前的病理变化本质和当前的病理要素。“证”辨明了,“论治”才能有的放矢地进行,所以中医十分重视辨证。

“病”是对某种疾病的全过程的特点与规律所作的概括与抽象。“辨病”又称“诊病”,则是分析、判断疾病。病同样是对疾病的本质所作的概括,与证不同的是,疾病的本质是对疾病的全过程而言,随着疾病的发展与变化会具有一定的演变规律,同时在疾病的全过程中某种疾病会表现出区别于其他疾病的种种特点。例如外感热病,一般而言在其全过程中都有邪正斗争而出现“发热”的特点,而且随着疾病的发展会表现出一定的演变规律,如由表入里,卫→气→营→血,上焦→中焦→下焦等等传变规律,其间会包含有病位的变化、病因病性的变化等等病理要素的演变轨迹。因此,诊病或者称为辨病在临床上同样具有不可或缺的重要意义。

确切地讲,“证”与“病”是从不同层次、不同侧面反映疾病的本质,两者既有区别又有联系。因此,辨证与辨病亦是相互影响、相互渗透。下面我们可以从三个方面来阐述两者的关系。

1. 同病异证

在临床上常见到一种疾病可表现为不同的证,即所谓“同病异证”。此种关系可表现为两种情况,一是在疾病不同的阶段一种疾病可表现为不同的证,如外感温热病在早期可表现为卫分证,在中后期可表现为气分证、营分证、血分证等。二是同一种病可表现为不同的证型,如感冒可表现为风寒表证、风热表证等;又如(急性)泄泻可表现为大肠湿热证、大肠寒湿证、食积停滞证等等,而这些不同的证型之间则没有明显的先后次序关系。

同病之所以异证,究其原因大约有三方面的因素。一是与病程或阶段有关。在疾病过程中,随着疾病的发展变化,邪正斗争双方的力量对比也不断地改变,一般在急性期患者正气未衰,疾病的主要矛盾以不同程度的邪盛为主,而在慢性期,疾病的主要矛盾往往以不同程度的虚实夹杂或正虚为主。因而不同的病程或阶段所表现出的证候自然不一。如急性咳嗽多表现为风热犯肺、风寒束肺、邪热壅肺、寒邪客肺等证;而慢性咳嗽则以肺气虚、肺阴虚、气阴两虚、肺脾两虚等证为多见。二是与患者的个体体质有关。如阴脏人,体质偏于阳虚阴旺,病变易从阴化寒,表现为寒证;阳脏人,体质偏于阴虚阳旺,病变易从阳化热,表现为热证。三是与病因及环境因素有关。如同是感冒,其外邪或为风寒或为风热,故证候有表寒、

表热之不同；又如秋燥季节咳嗽，其证候常以燥邪犯肺为常见。如上所述，由于不同的证概括了不同的本质状况，因此“同病异治”势在必行。

2. 异病同证

不同的病可表现为相同的证，或者说同一个证可出现在不同的疾病中，此即所谓“异病同证”。例如，脾虚运化水谷不健可致泄泻，脾虚运化水液不健可致水液停聚引起水肿，脾胃同为后天之本、脾虚更易损及胃而导致胃脘痛，等等。这就是说脾虚证可出现于泄泻、水肿、胃脘痛等多种病之中，或者说泄泻、水肿、胃脘痛等多种病，在其各自的辨证分型中都有脾虚证。再如肾阳虚证在泄泻、水肿、性功能减退等多种病中都可出现，或者说泄泻、水肿、性功能减退等多种病都可表现为肾阳虚证。由于所表现的证候相同，其本质大致相同，治疗自然应该“异病同治”。由此可以看出，中医治病很大程度上是根据证来立论，证同则治疗相同，证异则治疗亦异。这就是中医学的辨证论治，是中医的特色与精华之所在，其优越性毋庸赘述。

3. 病证结合

值得注意的是，尽管“异病”可以“同证”，但仅仅是大致相同而已。具体而言，几种不同的病所表现出的一些相同的证，其侧重点常会有所不同，其临床表现亦不尽一致，往往一定会带上这几种病的各自特点。因此所谓“同治”也只是大致相同，还必须结合这几种病的各自特点遣方用药。例如，脾虚证治当健脾。但泄泻病中的脾虚证，临床有腹泻的特点，治宜健脾而止泻；水肿病中的脾虚证，临床有浮肿的特点，治宜健脾而利水消肿；胃脘痛中的脾虚证，临床有胃脘疼痛等特点，治宜健脾而和胃止痛等。

反过来“同病”虽可以“异证”，也就是说某一种病所表现出的几种不同的证型尽管各有差异，但在这些不同的证型中往往会在一定程度上反映出该种疾病的基本特征。治疗时仍必须予以考虑。例如，水肿病可分为风水相搏证、水湿困脾证、脾虚证、肾阳虚证、脾肾阳虚证、心肾阳虚证等，治疗肯定各不相同，但往往都运用相应的利水消肿方药，则是其共同之处。

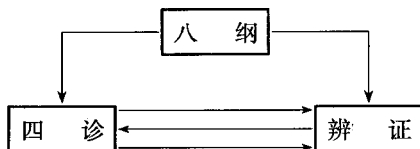
因此要提高中医临床疗效，除了重视辨证以外，诊病这一环节亦不能忽视，至于一些复杂的疾病则更须重视该病的自身特点。由于辨病主要涉及临床各科，有关疾病的具体内容不属诊断学范畴，本书不予详述，此后的内容以辨证为主。

(三) 中医诊断纲领与基本思维

1. 中医诊断纲领

阴、阳、表、里、寒、热、虚、实八纲，是中医辨证的纲领。八纲是指导我们分析归纳、判断病证的基本思维方法，包含有一套完整的指导中医进行辨证的理论。由于临证过程中诊法与辨证的相互渗透与交叉，因此实际上八纲思维已超出了辨证的范畴，它贯穿于中医诊断包括四诊、辨证的整个过程之中。四诊也离不开八纲思维，在此阶段里八纲的作用，一是用来分析某个症状体征的产生原因、导致产生该症状体征的病变脏腑或部位、病理机制等等；二是指导四诊的方向，为进一步收集病情资料提供思路，使四诊得以顺利进行，更好地为辨证服务。因此从某种意义上说，可以认为八纲是中医诊断的纲领。整个中医诊断的具体过程是，在八纲的指导下，四诊、辨证往复进行，辨证由粗到细、分步到位。疾病愈复杂，则四诊、

辨证往复的次数就越多。



2. 中医诊断基本思维

八纲之所以能作为中医诊断的纲领,是因为它着眼于探索、辨清疾病之“本”的方方面面,辨别病证的本质,分析其病理要素。八纲以“阴阳”作为总纲,以“表里”来分析辨别“病位”,以“寒热”、“虚实”来分析辨别“病性”,其中还包含有对病变趋势以及病情严重程度即“病势”的分析。

中医诊断的基本思维是在于“定位”、“定性”与“定势”,而八纲则是实施这一基本思维的原则与纲领。

中医诊断的基本思维,贯穿于四诊、辨证的全过程之中。从四诊一开始,直至辨证结束,“定位”、“定性”与“定势”自始至终指导医者有目的地诊察病情,收集资料,寻求证据,进行全面的分析归纳,去伪存真,由粗到细,逐步深入,以确定病位,辨别病性,估计病势,并据此判断病证,得出结论。

必须强调的一点是,无论四诊还是辨证都是一个过程。患者的所有临床表现并不是一下子就全部展现在医生的面前,患者也往往不能自己系统而全面地诉说出来,让医生“坐享其成”,进行归纳、整理。在临床实践中,患者开始仅能反映出一部分甚至是少量的信息,许多信息或是冰山一角,或是根本就隐而不显。大量的信息须经过医者艰苦、仔细地“寻找”与“挖掘”的过程才能发现,这样一边寻找,一边分析,四诊与辨证交替往复地进行,才能最终得出辨证结论。在这个过程中,对已知信息的分析与对未知症状、体征的“挖掘”,乃至归纳与辨证,始终贯穿着中医诊断的基本思维“定位”、“定性”与“定势”。没有这个基本思维,那么四诊与辨证就可能是盲目的或者是对号入座式的。

以往的教科书给人的印象似乎就是,患者的所有临床表现是自然而然地全部展现在医生的面前,而忽略了这个“寻找、挖掘”的过程,以至于学生只会对已经收集、整理好的病案进行辨证,而不会对活生生的患者着手进行四诊乃至辨证。我们强调中医诊断的基本思维就是要强化初学者这个主动“寻找、挖掘”的观念,明确四诊与辨证的方向,以便更能动、更有效地全面收集四诊信息,使辨证更加清晰、准确。

因此,明确中医诊断的基本思维可以使四诊、辨证更加正确、有效地进行,对于提高中医辨证论治水平具有重要的实践意义。

二、中医诊断的定位、定性与定势

(一) 中医诊断中的定位概念、病位的表述及定位方法

1. 中医诊断中的定位概念

所谓“定位”就是在四诊与辨证过程中辨析、确定病变的部位。无论是外感六淫、内伤七

情,还是饮食劳倦等各种致病因素所产生的病证,都反映为某一特定病位的病理变化。病位不同则病理变化各异,临床表现亦有区别,实际上每一病证都有各自的病位。因此确定病位是临床诊治疾病不可缺少的重要环节之一。

中医学的病位,主要是指病变的症结所处的部位,它是针对病机而言的,是产生一系列临床症状、体征的发源地所在。

2. 中医病位的表述

中医对于病位的提法,通常有“表里”、“经络”、“脏腑”等等,此外卫分、气分、营分、血分等也具有一部分病位的含义。

临床上中医对病位的表述,有的比较明确,符合通常意义上的空间概念,有的则比较模糊,还包含有某些特定内涵的抽象。归纳起来大约有以下几个方面与病位有关:

(1) 有明确的解剖学意义上的空间位置 这类病位,有明确的解剖位置,包括具体的病变脏腑、经络、器官组织乃至部位等。如五脏病证、六腑病证、经络病证、三焦病证以及某部位、某器官组织的病证,如上气不足证、热扰胸膈证、中焦虚寒证、下焦湿热证、下元亏虚证等等。要特别指出,此处的“解剖”并不等于现代医学的解剖学概念,而是中医藏象经络学的概念。

(2) 含有阶段、深浅概念的模糊空间位置 这类病位,有模糊的、抽象的空间位置,但从现象上看在一定程度上更多的似乎与时间或阶段有关,如表、卫分、气分、营分、血分等。“表”,有病位浅、病情轻的含义,很明显其中病位浅表,在皮毛、肌腠,是“表”的主要内容。但中医临床所说的“表证”主要是指外感病的初期阶段,而真正意义上皮毛的病如皮肤病、毛发异常等恰恰绝不在表证之列。又如“卫分证、气分证、营分证、血分证”,临床指外感温热病过程中的四个病理阶段,“卫”属表,“气、营、血”属里,依次逐渐深入。

(3) 病位与病性融合在一起 这类病位的描述与物质交融在一起,如中医临床所说的“病在气”、“病在血”,此时的“气”、“血”多少也包含有一部分比较笼统的病位含义。因此,对于中医学的病位概念,我们不能机械理解,应注意其特定的内涵。

3. 中医诊断的定位方法

在中医四诊、辨证的过程中,确定患者病变的部位,主要是依据中医脏腑经络学说等基础理论,结合患者各方面的特点来进行。临床疾病千变万化,病位或单一明了,或涉及多个脏器,错综复杂,难以辨认,再加上中医病位的表述,有的比较精确,有的则比较笼统模糊,因此,病位的确定有时可能比较简单,有时则往往十分艰难,必须考虑多方面的因素才能明确。定位方法没有固定的模式,临床诊断一般以能落实到脏腑经络为佳,现就此大致归纳如下:

(1) 依据脏腑功能特点定位 临床出现的一些症状、体征与某一脏腑功能异常有特殊的联系,可以据此进行脏腑定位。如:出现心悸怔忡、失眠及神志方面的症状主要与心有关;咳嗽等呼吸异常的症状多与肺有关;食少、便溏、水肿等运化方面的症状与脾有关;情志异常、动风等症状与肝有关;水肿、小便异常及遗精等泌尿、生殖方面的症状多与肾有关。

(2) 依据脏腑归属、表里关系、经络联系、循行部位特点定位 临床表现常与某一脏腑归属、表里关系、经络联系、循行部位特点有关,可以据此进行定位。如口舌生疮、心前区闷痛、脉结代等与心有关;咽痛、胸痛多与肺有关;脘腹胀满疼痛多与脾有关;目赤或目糊,巅顶或两侧头痛,乳房、两胁及少腹胀痛不适等与肝胆及其经络有关;腰膝酸痛、齿摇发落等多与